

DATA PUBLIKASI

INDIKATOR MUTU WAJIB NASIONAL RSUD BANGKINANG TRIWULAN I TAHUN 2019



**RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH BANGKINANG**

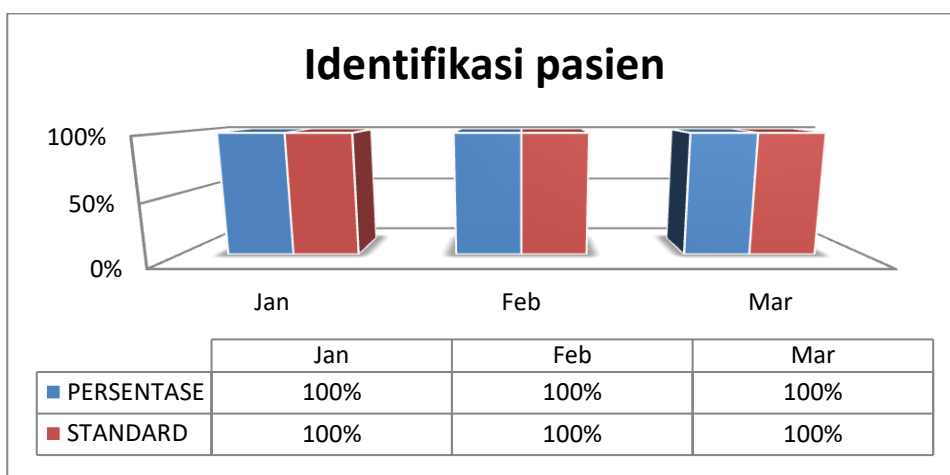


NO	JUDUL INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN		
			Jan	Feb	Mar
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100 %	100 %	100 %	100 %
2	Emergency respon time	100 %	100 %	100 %	100 %
3	Penundaan Operasi Elektif	5%	6,1 %	0%	0%
4	Kepatuhan jam visite dokter spesialis	80%	98,7%	100 %	100 %
5	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium	100 %	98,2%	96,8%	90,4%
6	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS	80%	96,3%	96,4%	95,6%
7	Kepatuhan Cuci Tangan	85%	39,5%	27,5%	26,0%
8	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100 %
9	Kepatuhan pengisian clinical pathway	80%	25,0%	24,0%	34,1%
10	Kepuasan Pasien dan Keluarga	80%	78,4%	79,5%	76,0%
11	Kecepatan respon Terhadap Komplainan respon Terhadap Komplain	75%	100%	0%	0%

A. INDIKATOR MUTU WAJIB

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien

BULAN	NUMERATOR	DENOMINATOR	PERSENTASE	STANDARD
Jan	371	371	100%	100%
Feb	310	310	100%	100%
Mar	176	176	100%	100%



Analisa :

Riset kepatuhan identifikasi pasien dilaksanakan dengan tujuan tergambarnya upaya Rumah Sakit dalam menjaga keselamatan pasien. Mencegah terjadinya kesalahan identifikasi pasien, kesalahan prosedur, kesalahan medikasi, kesalahan transfusi, dan kesalahan pemeriksaan diagnostik. Proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal dua identitas dari tiga identitas yang tercantum pada gelang, sebelum memberikan pelayanan pada:

1. Pemberian obat
2. Pemberian nutrisi
3. Pemberian darah dan produk darah
4. Pengambilan spesimen
5. Sebelum melakukan tindakan diagnostik atau terapeutik

Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari s/d Maret 2019 telah sesuai standar dengan capaian 100%.

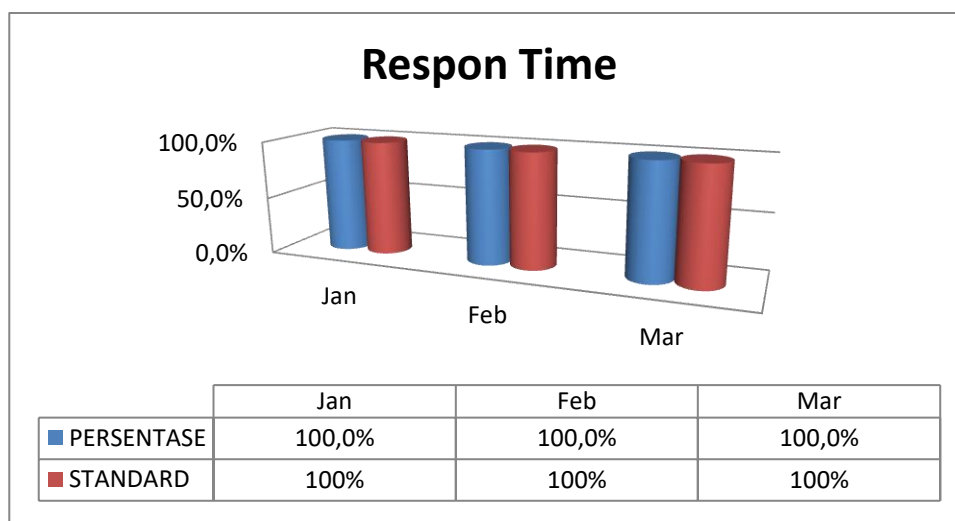
Trend analysis: dari waktu ke waktu bulan Januari hingga Maret tercapai 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Mempertahankan capaian
2. Melakukan koordinasi dengan bidang-bidang terkait untuk dapat mempertahankan (tersedianya BHP label identitas).
3. Bidang Pelayanan melakukan evaluasi dalam mempertahankan kepatuhan petugas secara berkelanjutan

2. *Emergency Respon Time*

BULAN	NUMERATOR	DENOMINATOR	PERSENTASE	STANDARD
Jan	34	34	100,0%	100%
Feb	47	47	100,0%	100%
Mar	29	29	100,0%	100%



Analisa:

Riset *emergency respon time* bertujuan tergambarnya kecepatan dan kesiapan pelayanan gawat darurat. *Emergency respon time* atau kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat yaitu kecepatan pasien dilayani sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter (≤ 5 menit). Kualitas *emergency respon time* dapat dijadikan indikator efektivitas dan efisensi pelayanan gawat darurat.

Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa indikator pada Januari s/d Maret 2019 telah mencapai target yang ditetapkan yakni ≤ 5 menit, sesuai standar 100%. Untuk selanjutnya, indikator ini akan

direkomendasikan terus dan dipantau secara rutin setiap bulan oleh Instalasi Gawat Darurat.

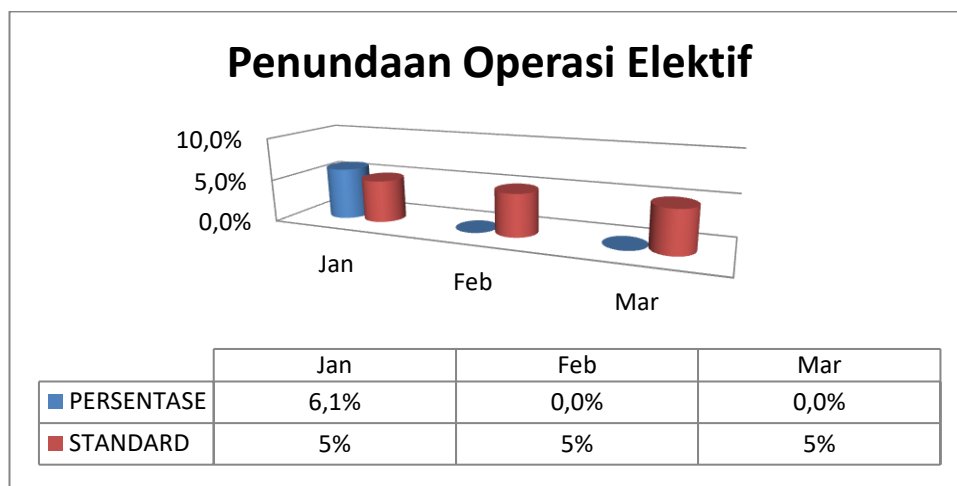
Trend analysis: dari waktu ke waktu bulan Januari hingga Maret tercapai 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Pertahankan capaian
2. Bidang Pelayanan melakukan evaluasi *emergency respon time* terhadap petugas secara berkelanjutan

3. Penundaan Operasi Elektif

BULAN	NUMERATOR	DENOMINATOR	PERSENTASE	STANDARD
Jan	4	66	6,1%	5%
Feb	0	49	0,0%	5%
Mar	0	102	0,0%	5%



Analisa:

Riset waktu penundaan operasi elektif bertujuan untuk menggambarkan kecepatan pelayanan kamar operasi. Penundaan operasi elektif adalah perubahan jadwal operasi yang direncanakan. Operasi elektif adalah operasi atau tindakan yang dijadwalkan. Penundaan operasi elektif disini bukan karena indikasi medis. Dan penundaan tersebut ≤ 2 jam.

Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2019 mengalami peningkatan, dan belum mencapai target yang

ditetapkan yakni 5%. Hal ini disebabkan dari pihak pasien atau keluarga mengalami perubahan keinginan untuk melakukan operasi.

Sedangkan pada bulan Februari sampai dengan Maret 2019 tidak terdapat penundaan operasi elektif.

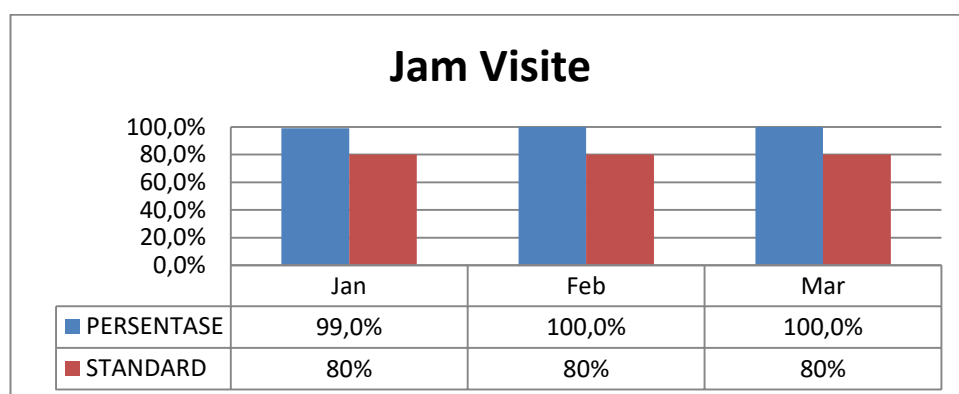
Trend analysis pada bulan Januari mengalami peningkatan hingga 6,1%. Sedangkan bulan Februari sampai Maret tidak terdapat penundaan operasi 0%.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Melakukan *breakdown* data untuk mengetahui bagian mana saja yang paling banyak berkontribusi terhadap ketidaktepatan penjadwalan operasi.
2. Koordinasi dengan Bidang Pelayanan untuk melakukan evaluasi dalam peningkatan pendidikan kesehatan (Penkes) yang dilakukan oleh dokter dan perawat di unit rawat inap.

4. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

BULAN	NUMERATOR	DENOMINATOR	PERSENTASE	STANDARD
Jan	807	815	99,0%	80%
Feb	660	660	100,0%	80%
Mar	777	777	100,0%	80%



Analisa:

Riset kepatuhan jam visite dokter spesialis bertujuan untuk menggambarkan kepatuhan dokter spesialis dalam mentaati jam visite yang ditetapkan yakni antara jam 08.00 sampai dengan jam 12.00 WIB.

Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 12.00. Kepatuhan jam visite dokter spesialis dapat dijadikan indikator efektivitas dan efisiensi pelayanan rawat inap .

Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari sampai dengan Maret 2019 mengalami peningkatan dan melebihi target yang ditetapkan (visite yang dilakukan dokter spesialis telah sesuai dengan standar penetapan waktu RS).

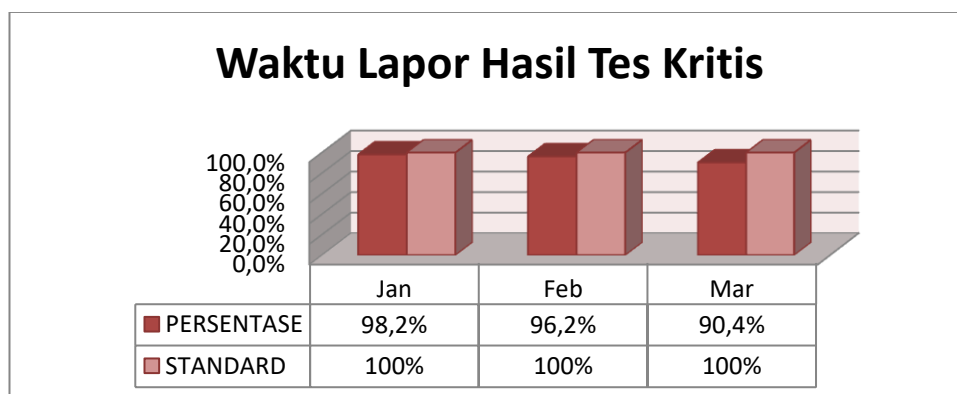
Trend analysis dari bulan Januari sampai dengan Maret mulai mengalami peningkatan. Melebihi standar yang telah ditetapkan yaitu 80%.

Rencana Tindak lanjut:

1. Mempertahankan pencapaian kinerja terhadap jam visite
2. Bidang Pelayanan melakukan evaluasi dalam mempertahankan kepatuhan terhadap jam visite spesialis secara berkelanjutan

5. Waktu Lapor hasil tes kritis laboratorium

BULAN	NUMERATOR	DENOMINATOR	PERSENTASE	STANDARD
Jan	54	55	98,2%	100%
Feb	152	158	96,2%	100%
Mar	169	187	90,4%	100%



Analisa:

Riset kepatuhan waktu lapor hasil tes kritis laboratorium dilaksanakan dengan tujuan tergambarnya upaya Rumah Sakit dalam menjaga keselamatan pasien dengan prosedur SBAR dalam proses instruksi verbal atau via telepon ditandatangani oleh pemberi instruksi dalam waktu 1 x 24 jam di Rawat Inap. Proses komunikasi yang dilakukan antar PPA tentang pelaporan hasil tes kritis laboratorium kepada dokter jaga ruangan yang terdokumentasi di catatan laboratorium dan RM CPPT, serta waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter patologi klinik sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan) standar harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 menit baik secara lisan maupun tulisan.

Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari s/d Maret 2019 belum memenuhi standar yang ditetapkan yaitu 100%. Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai pada Januari s/d Maret 2019 dikarenakan kepatuhan petugas dalam penerapan SBAR di ruangan. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dan dipantau secara rutin setiap bulan oleh Instalasi Laboratorium, Rawat Jalan, IGD, dan Rawat Inap.

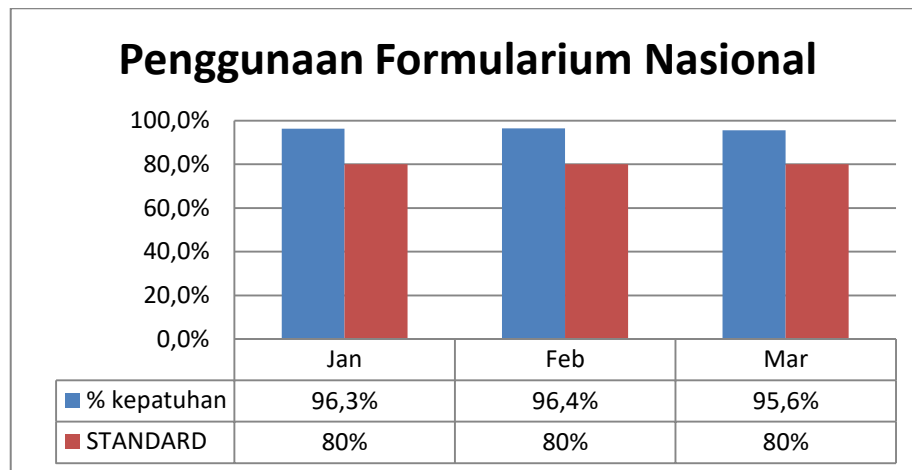
Trend analysis: dari bulan Januari sampai dengan Maret belum memenuhi standar yang ditetapkan yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Meningkatkan pencapaian
2. Melakukan koordinasi dengan bidang-bidang terkait, baik laboratorium, unit rawat inap, *intensive*, Instalasi Gawat darurat dalam pelaksanaan pelaporan nilai kritis sesuai SOP yang berlaku.
3. Bidang Pelayanan melakukan evaluasi dalam mempertahankan kepatuhan terhadap pelaporan nilai kritis secara berkelanjutan.

6. Kepatuhan penggunaan Fornas bagi RS Provider BPJS

BULAN	NUMERATOR	DENOMINATOR	% KEPATUHAN	STANDARD
Jan	10542	10945	96,3%	80%
Feb	10103	10478	96,4%	80%
Mar	10584	11073	95,6%	80%



Analisa:

Riset kepatuhan penggunaan formularium nasional bagi RS Provider BPJS bertujuan untuk menggambarkan kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium Nasional.

Disebut patuh bila seluruh obat dalam resep mengikuti formularium nasional. Kepatuhan penggunaan formularium nasional bagi RS Provider BPJS dapat dijadikan indikator efektivitas dan efisiensi pelayanan instalasi farmasi .

Pengecualian kepatuhan penggunaan Formularium Nasional :

1. Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS tetapi dibutuhkan oleh pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dari Komite Medik dan mendapatkan persetujuan dari Direktur.
2. Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan e-katalog habis/kosong.

Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari s/d Maret 2019 sudah melebihi target yang ditetapkan yakni 80

%. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh Instalasi Farmasi.

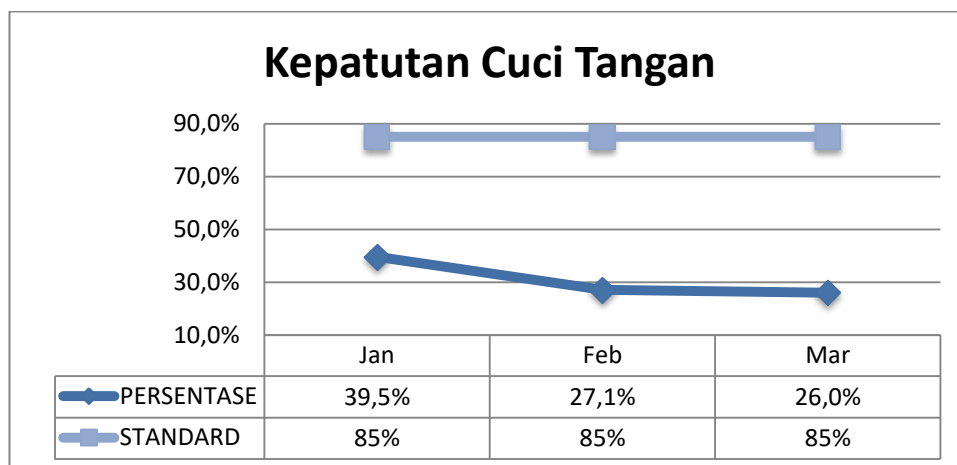
Trend analysis dari bulan Januari sampai Maret mengalami peningkatan.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Mempertahankan pencapaian
2. Bidang Pelayanan melakukan evaluasi dalam mempertahankan kepatuhan terhadap penggunaan formularium nasional bagi RS Provider BPJS.

7. Kepatuhan Cuci Tangan

BULAN	NUMERATOR	DENOMINATOR	PERSENTASE	STANDARD
Jan	68	172	39,5%	85%
Feb	42	155	27,1%	85%
Mar	56	215	26,0%	85%



Analisa:

Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa pencapaian indikator kepatuhan cuci tangan oleh profesi di rumah sakit meliputi: dokter, perawat, bidan, fisioterapi, petugas gizi, analis, radiografer, petugas farmasi, petugas penunjang lainnya, *cleaning service*, peserta didik, pengunjung dan pasien periode bulan Januari s/d Maret 2019 masih dibawah target yang ditetapkan yakni 85 % dimana untuk *five moment* baru 2-3 momen yang telah dilakukan

dan 6 langkah cuci tangan dilakukan belum sesuai dengan standar. Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah masih kurangnya kesadaran petugas terhadap salah satu tujuan pelaksanaan kebersihan tangan sebagai pemutus mata rantai infeksi. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh Komite PPI.

Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari sampai dengan Maret 2019 belum memenuhi standar yaitu 85%, hal ini disebabkan masih kurangnya kesadaran petugas terhadap resiko penyebaran infeksi terhadap pasien dan petugas.

Trend analysis dari bulan Januari sampai Maret belum memenuhi standar.

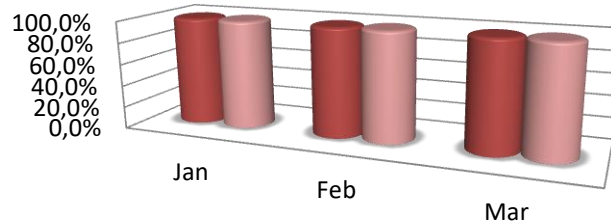
Rencana Tindak lanjut:

1. Berkolaborasi dengan tim PPI dalam pertemuan rutin triwulan membahas upaya perbaikan mutu indikator
2. Menyarankan pada tim PPI agar untuk tetap melakukan sosialisasi dan supervisi terhadap kegiatan cuci tangan secara benar sesuai SPO pada setiap kali pertemuan.
3. Komite PMKP membuat rancangan perbaikan indikator mutu dengan metode PDSA (*Plan Do Study Action*)

8. Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap

BULAN	NUMERATOR	DENOMINATOR	PERSENTASE	STANDARD
Jan	423	423	100,0%	100%
Feb	421	421	100,0%	100%
Mar	475	475	100,0%	100%

Pencegahan Resiko Cedera



	Jan	Feb	Mar
■ PERSENTASE	100,0%	100,0%	100,0%
■ STANDARD	100%	100%	100%

Analisa:

Riset kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap dilaksanakan dengan tujuan tergambaranya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien di ruang rawat inap yang bebas dari insiden pasien jatuh. Disebut patuh bila proses pelaksanaan penerapan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh dilakukan sesuai SPO.

Berdasarkan data di atas dapat dilihat indikator pada bulan Januari sampai Maret 219 telah sesuai standar yaitu 100%.

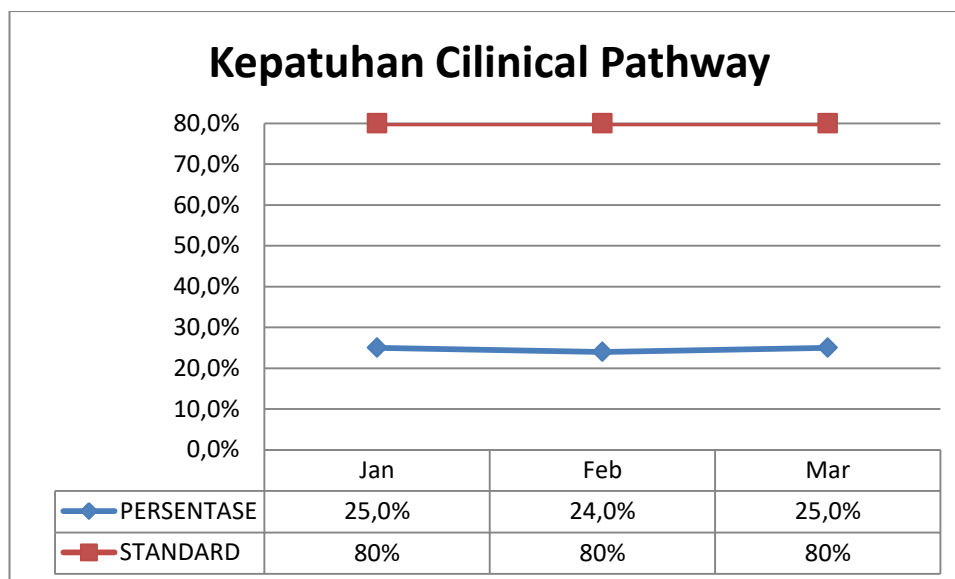
Trend analysis dari bulan Januari sampai dengan Maret sesuai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Pertahankan capaian.
2. Bidang Pelayanan dapat memantau dan mempertahankan kinerja petugas dalam melaksanakan kepatuhan pencegahan pasien jatuh.

9. Kepatuhan terhadap *clinical pathway*

BULAN	NUMERATOR	DENOMINATOR	PERSENTASE	STANDARD
Jan	8	32	25,0%	80%
Feb	12	50	24,0%	80%
Mar	15	60	25,0%	80%



Analisa:

Riset kepatuhan terhadap *clinical pathway* bertujuan untuk menggambarkan kepatuhan para staf medis/ DPJP dalam menggunakan *clinical pathway* untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis.

Setiap RS menetapkan 5 *clinical pathway* prioritas untuk penyakit atau kondisi yang memenuhi satu atau lebih kriteria yang berlaku di RS tersebut berdasarkan: Penyakit atau kondisi yang paling sering atau banyak terjadi (*High Volume*), Penyakit atau kondisi yang memiliki risiko tinggi (*High Risk*), Penyakit atau kondisi yang memerlukan biaya tinggi (*High Cost*), Penyakit atau kondisi yang terdapat variasi/keragaman dalam pengelolaannya.

Setiap CP mampu menunjukan komponen standar LOS, obat dan penunjang. Disebut patuh apabila mengikuti ketiga proses asuhan yang telah distandarisasi dalam CP.

Berdasarkan data di atas, Hasil evaluasi *clinical pathway* dari Bulan Januari s/d Maret 2019 belum memenuhi standar.

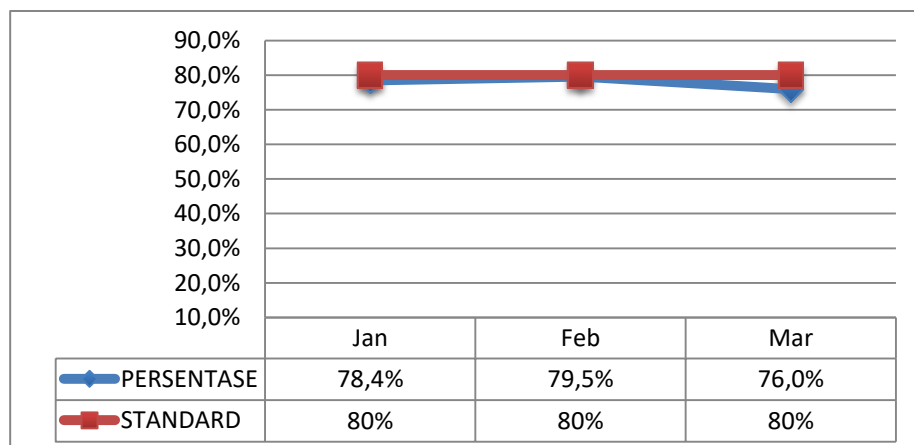
Trend analysis dari bulan Januari sampai dengan Maret belum mencapai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Komite PMKP berkoordinasi dengan Subkomite Mutu Komite Medik dalam melakukan evaluasi *Clinical Pathway*.
2. Komite Medik agar mensosialisasikan PPK apa saja yang akan dievaluasi kepatuhannya kepada seluruh DPJP.
3. Komite PMKP membuat rancangan perbaikan indikator mutu dengan metode PDSA (*Plan Do Study Action*)

10. Kepuasan pasien dan keluarga

BULAN	NUMERATOR	DENOMINATOR	PERSENTASE	STANDARD
Jan	1441	1837	78,4%	80%
Feb	668	840	79,5%	80%
Mar	799	1052	76,0%	80%



Analisa:

Riset kepuasan pasien dan keluarga bertujuan untuk menggambarkan kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan rumah sakit. Kepuasan pasien dan keluarga adalah angka Kepuasan pasien dan keluarga terhadap fasilitas dan pelayanan para pemberi asuhan rumah sakit.

Berdasarkan data di atas, dapat dilihat hasil kepuasan pasien dan keluarga dari Bulan Januari s/d Maret 2019 belum memenuhi standar.

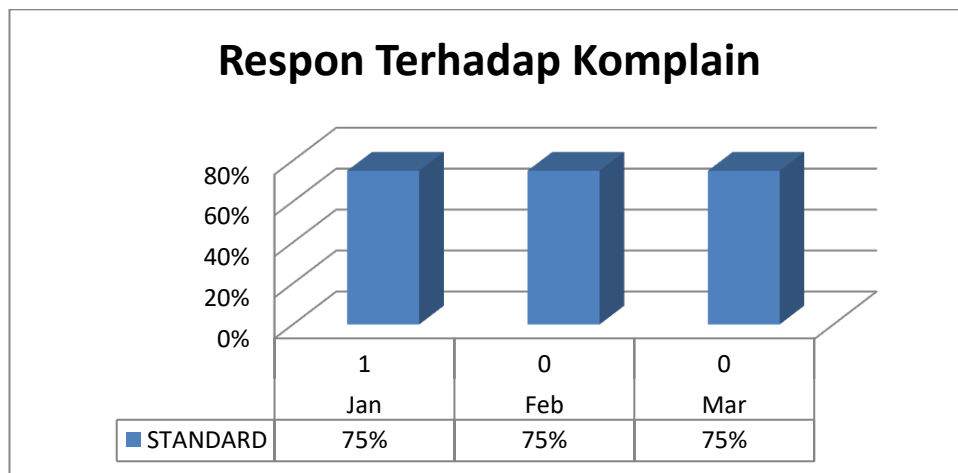
Trend analysis dari bulan januari sampai maret mengalami penurunan capaian dan tidak sesuai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Menyampaikan hasil pengukuran mutu kepuasan pasien dan keluarga kepada bagian Humas di pertemuan triwulan PMKP
2. Menghimbau seluruh staf rumah sakit agar terus meningkatkan pelayanan guna mendapatkan capaian sesuai target.

11. Kecepatan Respon terhadap Komplain

BULAN	NUMERATOR	DENOMINATOR	PERSENTASE	STANDARD
Jan	1	1	100,0%	75%
Feb	0	0		75%
Mar	0	0		75%



Analisa:

Riset kecepatan respon terhadap komplain bertujuan untuk menggambarkan kecepatan respon rumah sakit terhadap komplain yang disampaikan oleh pasien dan keluarga dalam pelayanan terhadap pasien.

Respon komplain ini memiliki tiga tingkatan :

Warna Merah:

cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material dll.

Warna Kuning:

cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.

Warna Hijau:

tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.

Kriteria Penilaian :

- 1) Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau
- 2) Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar
- 3) Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh complain di setiap kategori. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam

Berdasarkan data di atas, dapat dilihat hasil kecepatan respon terhadap pasien dan keluarga pada bulan Januari dapat diselesaikan sesuai standar, sedangkan pada bulan Februari s/d Maret 2019 tidak ada laporan terhadap komplain RS.

Trend analysis dari bulan Januari masalah dapat diselesaikan sesuai standar, sedangkan bulan Februari sampai Maret tidak ada laporan terhadap komplain.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Pertahankan capaian
2. Bagian Humas mempertahankan dan meningkatkan kecepatan respon terhadap komplain